

Université de Paris
Faculté de Médecine Broussais - Hôtel-Dieu

Année 1974

88

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Christian MAZEL

né le 19 Février 1944 à Paris

présentée et soutenue publiquement le :

Essai théorique de la psychothérapie de
famille dans le traitement de la psychose.

Application possible à la psychiatrie
de l'enfant.

Président : M. le Professeur FLAVIGNY

Année 1974

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Christian MAZEL

Année 1974 - PARIS

.....

Essai théorique de la psychothérapie de
famille dans le traitement de la psychose.

Application possible à la psychiatrie
de l'enfant.



A mon père, le Docteur MAZEL

A Messieurs les Docteurs

ROUX

GAMMERMANN

BRICOUT

DROGUET

BUISSON

BONNAFÉ

qui m'ont appris mon métier.

A Monsieur le Professeur FLAVIGNY

qui a accepté d'appuyer cette thèse.

INTRODUCTION

La thérapie de famille est un mode thérapeutique surtout employé et pratiqué jusqu'à présent en Amérique du Nord, depuis quelques années.

Celle-ci commence à être envisagée par quelques équipes européennes.

En lisant les différents auteurs ayant pratiqué ce genre de thérapeutique qu'ils soient américains ou européens, le lecteur se sent pris d'une grande confusion qui ne pourra guère l'aider dans une praxis de cette thérapie qui pourtant semble un moyen d'avenir, surtout dans le traitement de la psychose.

Notre but sera, après une brève étude des différents courants sur le sujet en question, d'exposer notre conception et d'envisager une application transposable rapidement par beaucoup d'équipes et institutions psychiatriques, avec l'application possible à la psychiatrie de l'enfant, ceci étayé par quelques observations de thérapie de famille.

Chemin faisant, force sera de constater les limites de l'entreprise de ce qui pour le moment, n'est qu'un travail de recherche.

RAPPEL HISTORIQUE

Un des problèmes majeur de la psychiatrie concerne la psychose.

Dès la fin du siècle dernier beaucoup de psychiatres se sont penchés sur la situation de ces milliers de «*fous*» qui séjournaient, pour certains à vie, dans des hôpitaux mal adaptés et qui à l'évidence n'étaient pas thérapeutiques.

Le premier psychiatre américain à noter les rapports entre famille et «*psychotique*» est Adolf MEYER.

A sa suite, SULLIVAN et HENRY introduisent le socius par l'intermédiaire de l'étude du milieu culturel.

Kurt LEWIN peut être considéré comme le précurseur du groupe de Palo-Alto avec son étude des groupes et son attention portée à la communication.

En 1956, BATESON et JACKSON publient «*Vers une théorie de la schizophrénie*» développant la théorie du double lien et du paradoxe.

Cette théorie a un retentissement considérable parce qu'elle comble certainement un manque de l'analyse classique surtout aux Etats-Unis.

«Les travaux du groupe de Palo-Alto ont probablement marqué une nouvelle génération de psychiatres, psychologues et sociologues américains lassés par une littérature analytique d'inspiration biologisante et médicale.

La psychanalyse classique en se conformant dans l'étude de la théorie des processus intrapsychiques s'était en quelque sorte sclérosée. Accentuer l'attention à négliger la dynamique d'une situation telle qu'elle pouvait apparaître dans le discours du patient et au-delà».

«Maud MANNONI».

On doit citer aussi WATZLAMICK à qui revient le mérite d'avoir, dans le groupe de Palo-Alto, poussé très loin cette étude de la communication et de ses perturbations.

Les axiomes de cette théorie de la communication sont les suivants :

1 – On ne peut pas ne pas communiquer.

2 – Chaque communication a un contenu et un aspect relationnel tel que le second classe le premier et constitue de plus une METACOMMUNICATION.

3 – La communication est orientée dans un sens donné, ce qui induit celle-ci.

4 – La communication comporte en elle deux aspects : l'aspect «*digital*», c'est-à-dire la transmission par le moyen d'un code, qui peut être les mots qui désignent les objets et un aspect relationnel dit «*analogique*» qui entoure et module le code, c'est-à-dire les humeurs ou les intentions comme dans le deuxième axiome.

5 – Dans la cinquième proposition «*tous les échanges communicationnels sont, ou bien symétriques ou bien complémentaires, selon qu'ils sont fondés sur l'égalité ou la différence*».

Le double lien tient compte des perturbations de cette communication.

Il met en présence, comme dans une famille les membres d'un groupe ayant des relations d'importance vitale. A un des membres du groupe, la communication est transmise de manière répétitive, selon le schéma qui veut qu'un message transmis se trouve contredit sur le plan métacommunicationnel par exemple, sans possibilité d'échappatoire pour le sujet.

WYNNE analyse les comportements des familles de psychotique à travers la pseudo-mutualité et la pseudo-hostilité.

Dans la famille du psychotique se retrouvent souvent des comportements défensifs consistant à nier tout problème : «*tout va pour le mieux*», ou au contraire à exprimer un désaccord continu qui, exprimé en tant que tel, évite de parler de la cause profonde de ces désaccords. Ces modes défensifs se produisent dans les familles qui se

sont senties menacées par des expériences humaines avec en jeu, la destruction de la famille.

Théodore LIDZ utilise la psychanalyse en référence à la structure familiale avec un point de vue psychosociologique. A partir de l'Œdipe, il repère la possibilité pour l'enfant d'acquérir son identité avec le couple parental pathologique, avec le désir de meurtre et d'inceste des parents.

L'enfant est, dans ce cas, le support de ce qui est resté non symbolisé.

Harold F. SEARLES a fait paraître un travail qui rend compte *«de l'effort déployé pour rendre fou autrui»* complétant la théorie du double lien.

Elliot G. MISHLER et Nancy E. WAXLER posent le problème de savoir, si les perturbations familiales précèdent la schizophrénie ou si les perturbations de la famille sont réactionnelles au développement de la psychose chez l'enfant, notamment en cas d'hospitalisation.

Dans l'étude de la famille du schizophrène et la thérapie familiale, les travaux de LAING, ESTERSON, COOPER tiennent une place exceptionnelle.

Ils se réclament de la phénoménologie à la suite des grandes observations de BISWANGER (Cas Suzanne Urban). Il s'inspire, en outre, des recherches de la communication de BATESON et WATZLAWICK.

Ils insistent sur le discours et l'attention est portée sur l'écoute plus que sur l'observation.

Tous ces travaux sont très connus et sont, en quelque sorte, l'aboutissement d'un changement dans les conceptions de la psychiatrie.

LAING, COOPER et ESTERSON ont pour mérite de redonner sa place au sujet et à sa parole.

Les écoles de thérapie de famille :

Chacun des auteurs cités, a été amené à pratiquer la thérapie de famille dans l'abord de la psychose. Nous allons citer chacun en essayant de voir à la fin ce qui a manqué à leur entreprise.

ACKERMAN – *Family Institute of New York City.*

Il insiste sur la thérapie du groupe familial, plus que sur la thérapie individuelle des membres du groupe de la famille.

John BELL – *Institut de Palo-Alto.*

Pratique la thérapie du groupe familial de manière exclusive.

JACKSON, WEAKLAND, HALEY – (*Thérapie du groupe familial*, 1965).

Se servent de la théorie du double lien et du paradoxe. Le mode d'action est actif, il se base sur la communication entre les membres de la famille. Haley est assez connu en Europe, notamment en Italie.

BOWEN

Sa pratique inclut aussi la famille dans sa totalité.

WYNNE

Pratique une méthode brève à raison de deux séances par semaine, agit de manière active en sélectionnant les membres responsables du trouble pathologique et agissant sur eux de manière directe.

FREEMAN

Applique les méthodes de la psychothérapie Rogérienne. Il essaie de lever les inhibitions du groupe familial.

En France : HOCHMAN

Il applique la psychiatrie communautaire à la famille avec une base psychanalytique.

Il pratique avec des groupes d'accueil de psychotiques.

Nous accorderons une place particulière aux quelques équipes européennes qui trop peu nombreuses, essaient de pratiquer la thérapie de famille.

KAUFFMANN

En Suisse, arrive à la «*psychothérapie de famille conjointe*». Il semble important de signaler qu'il possède quatre années de pratique et en partant de base différentes arrive à la même praxis que nous.

C'est-à-dire pratiquer, à la fois, psychothérapie du groupe familial et psychothérapie individuelle du sujet «*désigné malade*» tout en essayant de ne pas tellement s'occuper des paradoxes intrafamiliaux, mais surtout de ceux, que ceux-ci déclenchent chez les soignants, et même de parler de ceux-ci entre soignants devant la famille.

SELVINI

Elle possède une pratique originale en Italie.

Après vingt ans de psychanalyse classique, elle s'investit devant le peu de résultat, dans la thérapie de famille. Elle fait venir WATZALWICK des Etats-Unis et propose une méthode particulièrement active.

Le médecin prescrit «*prescription precocissime*», à charge pour les parents de noter entre les séances sur un cahier, toutes les paroles de leur enfant psychotique.

Effectivement, ceci fait exister le psychotique !

Cela même, parce que Madame SELVINI existe beaucoup elle-même. La famille présentant à chaque séance le cahier.

La plupart des conceptions de base de la thérapie de famille les maintiennent dans une conception «*behaviouriste*».

Il est frappant de constater que les psychiatres russes s'orientent vers ces théories de système, avec retard. La famille est considérée comme un système où le psychiatre intervient du dehors comme chez BATESON ou du dedans du système comme Madame SELVINI.

«Le système logique utilisé par le groupe de Palo-Alto fonctionne au niveau d'une réalité perceptive (les paroles dites) qui ne renvoient à aucun non dit ; le discours présent dans l'inconscient n'est à aucun moment interrogé. La méthode expérimentale utilisée aboutit à une simplification (réduction) dans les développements théoriques, simplification qui n'est pas sans danger dans ses effets.

A mettre l'accent sur le paradoxe, au seul niveau conscient, on risque de méconnaître l'importance de l'écart qui sépare le discours conscient du discours inconscient.

La théorie anglo-saxonne préoccupée par les seules données d'une réalité expérimentale oscille entre la référence à des critères logiques et le recours à l'enquête psychosociologique.

Le discours tenu par les auteurs privilégie l'ordre que nous disons IMAGINAIRE et méconnaît la vérité qui se dégage du SYMBOLIQUE».

«Maud MANNONI».

Ces écoles ont amené chacun de leur auteur à pratiquer un abord de la thérapie de la psychose en prenant contact non seulement avec le malade mais aussi avec sa famille.

Malgré tout, on ressent que le souci de théorisation sur la famille a éclipsé le problème thérapeutique lui-même et surtout, si est cernée la place du sujet, ce qui étonne c'est que celle du thérapeute ou de l'équipe thérapeutique est éliée.

Ainsi SEARLES, comme thérapeutique, propose que le thérapeute participe à l'univers psychotique du malade par «l'oceanic gratification» que l'on peut rapprocher de certaines thèses antipsychiatriques.

Ceci a l'inconvénient de reproduire une relation duelle sans articulation symbolique et à méconnaître du désir, la place qui permet au sujet d'être reconnu.

Il est facile de s'apercevoir que la psychose manquant de support symbolique, l'on peut se laisser entraîner par les familles elles-mêmes. Celles-ci entraînent le ou les thérapeutes sur le plan de l'imaginaire, essayant d'annuler celui-ci en le dévorant littéralement.

Ce support symbolique, dans le cas d'une psychothérapie de famille, où est-il ?

Dans la rencontre de cette famille et des thérapeutes. Ceux-ci sont les dépositaires supposés du symbolique. Encore faut-il qu'ils en aient conscience. Il est à craindre que le paradoxe repéré par les équipes de Palo-Alto, ne soit très souvent que le reflet d'un paradoxe qui se retrouve souvent chez les thérapeutes.

La famille psychotique répercute sa problématique interne, chez les thérapeutes, provoquant entre eux des tensions qui non parlées et non résolues ont pour conséquence de pérenniser les troubles pathologiques.

Il ne sert à rien d'essayer de trouver et de démonter devant la famille les paradoxes, car il y a gros à parier qu'on en trouvera beaucoup mais qui malheureusement se situent au niveau des ombres de l'imaginaire.

LA FAMILLE

Il est intéressant, maintenant, de se pencher sur ce qui fait l'objet de cette étude, c'est-à-dire la famille.

Nous nous appuyerons sur un texte de LACAN paru dans l'Encyclopédie Française – 1938.

Section A : la famille

Il analyse d'abord l'institution familiale en elle-même qui paraît *« comme un groupe naturel d'individus, unis par une double relation : biologique, la génération, les conditions de milieu qui postulent le développement des jeunes et qui maintiennent le groupe. . . »*.

L'espèce humaine se caractérise par un développement singulier des relations sociales, que soutiennent les capacités exceptionnelles de communication mentale.

De la famille primitive *« Dès l'origine existent interdictions et lois »*.

Il insiste sur le fait très important que la famille ancienne était caractérisée par sa multiplicité dans ses membres : souches paternelles, importance des collatéraux.

Ce qui se passe dans la pratique actuellement, c'est que la famille moderne se réduit effectivement au triangle œdipien, accordant de plus en plus d'importance au mariage.

«Le groupe réduit qui compose la famille moderne ne paraît pas en effet à l'examen comme une simplification, mais plutôt une contraction de l'institution familiale». C'est l'avènement de la «famille conjugale», DURKEIM. Alors qu'en fait, le mariage est à distinguer de la notion de famille.

Par le biais des complexes, il introduit ensuite les facteurs culturels :

Complexe de sevrage, complexe de l'intrusion dans lequel LACAN fait intervenir la jalousie secondaire à l'identification dans la situation fraternelle primitive.

Interviennent ensuite, le stade du surmoi, l'image spéculaire correspondant à une structure narcissique du moi.

«Le moi se constitue en même temps que l'autrui dans le drame de la jalousie».

«La relation triangulaire» apparaît quand le sujet engagé dans la jalousie par identification débouche sur une alternative nouvelle, où se joue le sort de la réalité : ou bien il retrouve l'objet maternel et va s'accrocher au refus du réel et à la destruction de l'autre, ou bien con-

duit à quelque autre objet, il le reçoit sous la forme caractéristique de la connaissance humaine, comme objet communicable, puisque concurrence implique à la fois rivalité et accord !

Ceci débouche sur le complexe d'Œdipe, le complexe de castration et le mythe du paricide originel, avec les excès qu'il a entraîné de la part de FREUD lui-même.

La socialisation du sujet, se fait par la sympathie jalouse.

Dès 1938, LACAN note quelque chose que l'on rencontre de manière stéréotypée et permanente dans la thérapie des familles psychotiques : « *le déclin de l'image du père* » ; ceci dans la famille moderne est la conséquence de son rétrécissement même. Il n'y a pratiquement plus de possibilité de rattrapage dans la famille actuelle, en cas de carence de l'image paternelle.

LACAN émet l'hypothèse que la crise de l'image du père est la cause même de la naissance de la psychanalyse.

Dans la deuxième partie : Complexes familiaux en pathologie

Il note la corrélation de la pathologie psychanalytique d'un individu et de celle de sa famille dans la psychose et la névrose ce qui nous permettra plus tard d'en voir l'application à la psychiatrie infantile.

Les travaux de LIDZ reprirent ceci par la suite en 1949.

Après cette étude de la famille en évolution depuis la famille patriarcale jusqu'à la famille moderne dite conjugale, nous pouvons constater que cette institution est susceptible de varier historiquement.

Malgré tout, elle reste l'institution qui pour chacun de nous représente la cellule élémentaire de la société.

Ceci est valable pour le sujet qui a une famille comme pour celui qui est orphelin ! Car il existe, dans chaque société, un idéal de la famille qui en fait organise l'affect et les rapports de chacun des individus.

Maintenant, il nous semble important de développer les principes théoriques de notre praxis dont on parle, c'est le traitement de la psychose chez l'adulte et chez l'enfant.

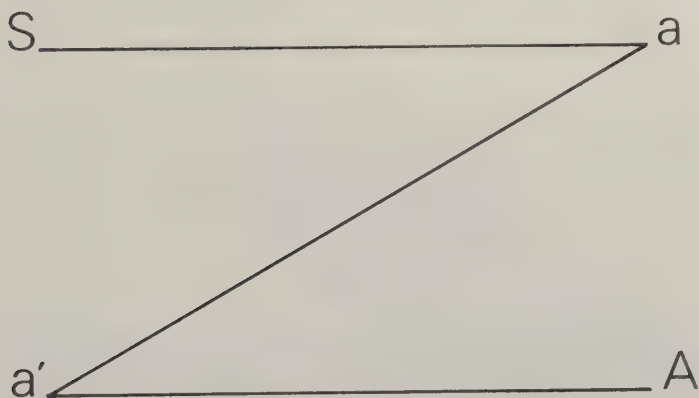
Notre abord méthodologique s'appuie sur le chapitre des «*Ecrits*» que LACAN consacre à la psychose.

«D'une question préliminaire à tout traitement de la psychose»
résumé du séminaire de St-Anne, 1955-1956.

Ce passage est cité dans le rapport de psychiatrie présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française par DEMANGEAT et BARQUES, comme voie de recherche frustueuse de la psychose.

On peut aborder ce chapitre sous la forme de trois schémas qui expliquent ce que pourrait être le traitement de la psychose avec les limites que cela comporte.

Le premier schéma est dit schéma $\mathfrak{L}$, schéma de la dialectique intersubjective.



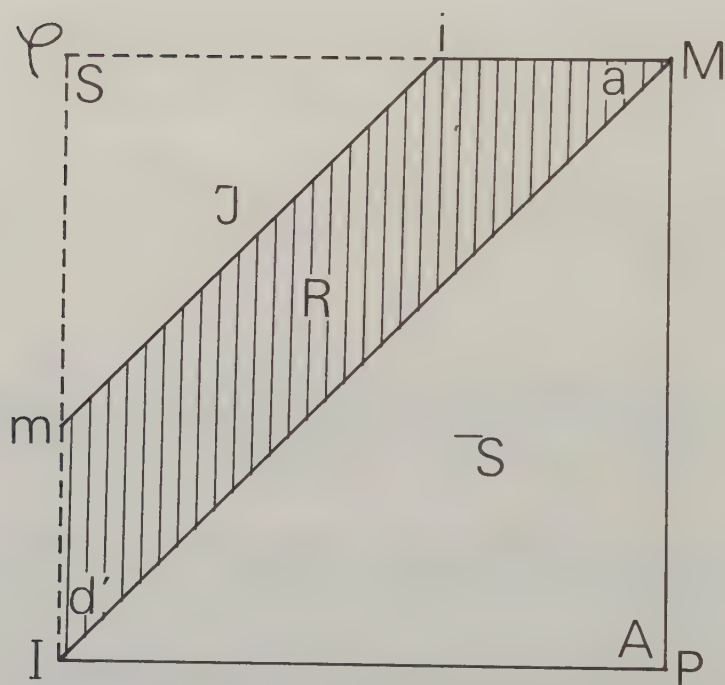
S représentant le sujet (névrose ou psychose), départ de ce qui se déroule en A (l'Autre) détermination signifiante.

a représente les objets du sujet.

a' surmoi, c'est-à-dire ce qui se reflète et se montre de ses objets dans l'Autre.

Dans ce schéma l'on voit que s'ébauche une structure quaternaire dans la relation du sujet à l'Autre.

Le deuxième schéma complète celui-ci, dit schéma R.



Le schéma R est fait de la réunion de deux triangles, ternaire symbolique et ternaire imaginaire, par le quadrangle du réel, délimité dans un carré par la base de chacun. Si le triangle du symbolique occupe à lui-seul une moitié du carré, les deux autres figures se partageant la seconde, c'est que les structurant, il doit dans le dessin, les recouvrir. Quant au pointillé, il est mis pour l'imaginaire.

On retrouve les premiers stades du développement infantile, du stade du miroir dans le ternaire **S I M** ou

- S représente le sujet,
- M est le signifiant de l'objet primordial,
- I l'idéal du moi.

La ligne **IM** double le rapport du sujet à l'objet du désir par la médiation de la chaîne signifiante ; **chez l'enfant**, M représente l'objet primordial extérieur au sujet, culmine chez la mère, extérieur premier du sujet.

L'enfant en **I** se relie à la mère, en **M** comme désir de son désir ; en position tierce, le père véhiculé par la parole maternelle.

Le **S** barré par le désir, recouvre la réalité.

Le champ de la réalité est représenté par le quadrangle **M i mI**.

i et m représentent les deux termes imaginaires de la relation narcissique moi et image spéculaire.

Ce qui nous intéresse dans une étude sur la psychose, c'est le sommet **P** qui correspond en **A**, l'Autre équivalent du nom du père, image phallique signifiante.

Ceci introduit le triangle du symbolique.

Le symbolique étant, d'après Maud MANNONI, «le champ à l'intérieur de quoi toute compréhension s'insère» et qui introduit l'ordre dans les relations humaines.

«Le phallo-centrisme produit par cette dialectique est tout ce que nous avons à retenir ici. Il est bien entendu entièrement conditionné par l'intrusion du signifiant dans le psychisme de l'homme».

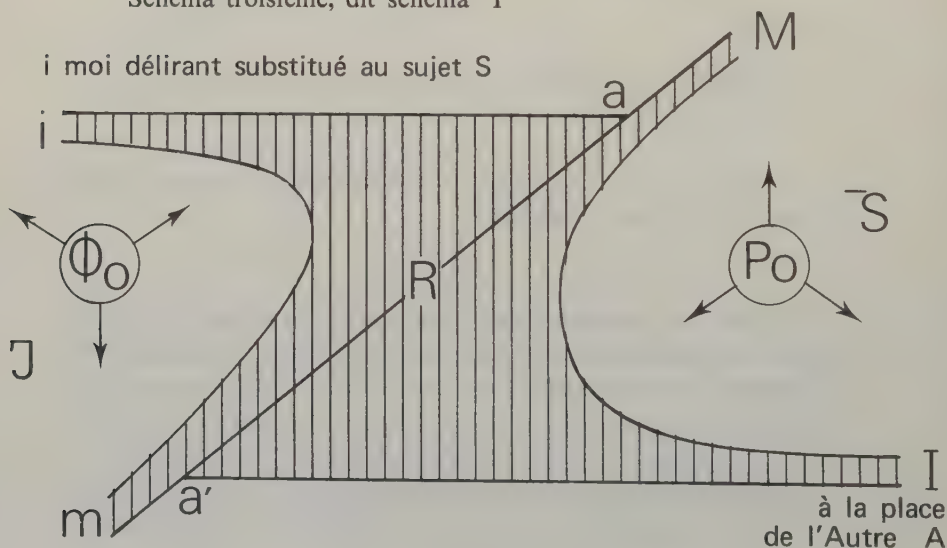
Dans la «famille conjugale», le schéma R représente l'évolution normale.

Par le stade du miroir, le sujet accède à son identité, la bonne «mère» est celle qui tient compte du signifiant du «nom du père», ce qui suppose aussi que celui-ci soit à sa place.

Le «nom du père» est ce qui introduit le socius et la Loi dans la famille conjugale.

Essayons de voir ce qui se passerait dans la psychose.

Schéma troisième, dit schéma I



Dans ce schéma  représente la forclusion du nom du père qui entraîne l'absence de la représentation du sujet S par l'image phallique.

Ceci désaxe le rapport des trois champs, divergence de l'imaginaire et du symbolique.

Le point *i* du moi délirant se substitue au sujet tandis que l'idéal du moi I prend la place de l'Autre.

Entre le sujet S et son accession au symbolique, se fait l'expérience de la mort vécue comme un morcellement corporel.

Chez le sujet psychotique manque la coïncidence du P «*nom du père*» au lieu de l'Autre.

I, l'idéal du moi a pris la place de l'Autre.

«Pour que la psychose se déclenche, il faut que le nom du père, forclos, c'est-à-dire jamais venu à la place de l'Autre, y soit appelé en opposition symbolique au sujet. ...».

C'est le défaut du nom du père à cette place, qui par le trou qu'il ouvre dans le signifié, amorce la cascade des remaniements du signifiant d'où procède le désastre croissant de l'imaginaire, jusqu'à ce que le niveau soit atteint où signifiant et signifié se stabilisent dans la métaphore «*délirante*».

Jacques LACAN s'arrête et essaie de défendre la mère du schizophrène en écrivant que la relation père-mère n'est pas à sens uni-

que, la mère tient lieu dans la psychiatrie traditionnellement de mauvaise mère.

Peut-être est-ce du fait que celle-ci se déplace souvent seule, au bout de nombreuses années, jusqu'à leur mort, pour voir leur enfant psychotique dans tous les hôpitaux psychiatriques du vaste monde.

Mais, en fait, la position du père importe aussi.

Les équipes psychiatriques ont peut-être un peu trop tendance à évacuer sur la mère les problèmes familiaux.

En pratique asilaire, il est courant que la mère assume le rôle d'avoir à rendre visite régulièrement à son rejeton; entérinant par là, l'absence de la métaphore paternelle.

Mais pourquoi la plupart des pères, ou ensuite des époux ou épouses ne viennent-ils pas selon le désir du soignant ?

Ceci, car il fait beau, comme dit LACAN, de voir ces pères, où ce qu'il ne dit pas, ces conjoints qui par devant s'affirment dépositaires de la Loi et de la bonne conscience, pratiquent l'insuffisance dans leurs rapports avec la société, sinon avec leur famille.

Qui n'a pas l'expérience de ces pères ou de ces conjoints qui parlent tout haut de la Loi et qui passent leur existence à la transgresser ; cette transgression se produisant toujours au niveau du «non dit».

Le déclenchement d'un état psychotique, chez ce sujet présentant au monde cette structure psychotique, semble être la rencontre exis-

tentielle de ce signifiant du «*nom du père*» :

C'est-à-dire quand le sujet doit assumer cette situation en dehors et hors du secours de la famille, soit la sexualité, le service militaire, le travail, le mariage, toutes sortes de situation où le sujet doit s'assumer lui-même en tant que sujet parlant en son nom, en dehors de la bienheureuse homéostasie familiale.

Pour que la psychose se déclenche, il faut que le «*nom du père*», forclos, c'est-à-dire jamais venu à la place de l'Autre y soit appelé en opposition symbolique au sujet. *Ecrits de LACAN, page 577.*

Le père n'est pas forcément réel, mais ce père prend une position quaternaire dans la relation imaginaire, dans une situation existentielle.

Par ailleurs, il semble qu'au niveau de la famille, il est nécessaire d'y avoir trois générations d'organisation psychonévrotique pour le déclenchement d'une psychose.

«Deux générations de grands parents et parents névrosés dans la génétique du sujet, pour qu'il soit psychosé». Françoise DOLTO (Le cas Dominique).

DESCRIPTION DU MODE DE FONCTIONNEMENT DE LA THERAPIE DE FAMILLE

Cadre institutionnel

A ce moment venu de penser, que pour traiter efficacement une demande, place doit être faite d'abord à l'écoute.

L'expérience rapportée est celle d'une équipe relativement favorisée sur le plan de cette demande.

En effet, l'émergence de cette demande se situe dans le cadre d'une institution implantée au cœur même d'une ville de banlieue parisienne (Corbeil-Essonnes) où, fait essentiel, chaque famille peut se rendre facilement au lieu de la thérapie très régulièrement.

Les distances sont considérablement réduites, l'institution étant implantée au cœur de cette ville.

Cette distance est réduite aussi sur le plan symbolique, du fait de l'engagement préalable du médecin dirigeant l'institution dans la vie sociale du cru, par exemple au niveau politique (Dr. L. BONNAFE).

C'est-à-dire, étant reconnu à sa place par les citoyens de la cité et participant à la vie locale sur le plan des responsabilités et postulant des positions désaliénistes pour ce qui est des demandes de la santé mentale.

«Sur le thème de l'implantation préalable», BONNAFE, JACQUELIN, MIGNOT, REGIS, SIVADON – Juin 1966.

Les interventions des soignants peuvent se faire au sein même de la famille, dans l'institution ou au domicile, les thérapeutes étant médecins, psychologues, infirmières, assistants sociaux ou secrétaires.

Malgré tout, la plupart des séances thérapeutiques se pratiquent au sein même de l'institution soignante.

L'institution étant représentée par les membres eux-mêmes se reconnaissant comme soignants, et non par les murs dans lesquels ils travaillent. Même si ceux-ci forment un cadre fixe comme les soignants eux-mêmes, mais pas plus que le domicile des soignés.

Notes reprises de «L'Information Psychiatrique, Dossier Corbeil»

Principes théoriques de la thérapie de famille à l'aide d'un exemple pratique :

«Dans le cas de la psychose, la demande peut-être celle du psychotique lui-même, mais le plus souvent elle n'arrive que par ce qu'on dit de lui. Ce psychotique n'étant que le moyen au moment où l'on parle de lui, pour poser les problèmes de la circulation des affects dans cette famille.

Il n'existe qu'à ce moment où il pose le problème de la non tolérance de la situation familiale».

Le cas le plus favorable, est celui où le psychotique vient de lui-même, mais le plus souvent en cas d'adulte jeune, il vient accompagné de sa famille.

Description de la thérapie de famille

La manière de procéder est fonction de cette demande.

Le principe théorique est de faire coïncider la psychothérapie individuelle et la thérapie de famille.

Le sujet «*réputé malade*» est pris en psychothérapie individuelle, une à deux fois par semaine par exemple, les séances de thérapie de famille aussi au rythme d'une par semaine ou une tous les quinze jours.

Nous évitons par là le piège retrouvé dans l'école anglo-saxonne, de la méthode de groupe exclusive.

Celle-ci n'avait pour résultat que la manipulation des thérapeutes par la famille ou réciproquement.

Le psychothérapeute individuel participe obligatoirement aux séances de thérapie de famille.

L'accrochage transférentiel entre le «réputé malade» (l'expression indique que dans la famille, c'est celui qui est désigné malade au niveau du signifié) et son thérapeute facilite pour celui-ci l'accès à sa propre parole, sans que celle-ci risque de remettre en question la famille et de la faire éclater.

Semble plus favorable donc, qu'en plus participent aux séances de thérapie de famille d'autres thérapeutes qui peuvent être médecins, psychologues ou infirmières.

L'équipe soignante doit se présenter comme plusieurs individus. Ceci pour faciliter les transferts latéraux, les transferts latéraux étant ceux autres que ceux du malade.

Il est nécessaire que les thérapeutes soient toujours les mêmes, deux au minimum :

Il apparaît que chaque membre peut s'adresser à n'importe qui des soignants, souvent de manière significative, comme l'on doit s'y attendre.

Les scissions intrafamiliales se répercutent chez les soignants.

Ces soignants sont du fait de la technique en position DIFFERENTE. Le psychothérapeute du sujet désigné comme malade est le lieu d'un discours différent, de celui de l'autre soignant.

La parole familiale s'adresse souvent là où existe ce désaccord entre les soignants (à rapprocher du paradoxe de l'école anglo-saxonne).

Chaque soigné peut s'adresser à «*n'importe qui*» des soignants mais pas pour que ceux-ci fassent «*n'importe quoi*».

Ce qui est thérapeutique et restaure l'ordre symbolique, c'est que ces soignants parlent de leurs scissions et de la place de chacun dans la thérapie et notamment dans la hiérarchie, même si celle-ci est d'ordre sociale.

Celle-ci existe, elle ne doit pas être une occultation à la parole :

L'infirmier parlant après le psychologue et celui-ci après le psychiatre ceci n'aboutissant qu'à la fixation des symptômes et de la circulation affective dans la famille.

Les soignants doivent se reconnaître dans l'ordre symbolique et à en parler.

Après les séances de thérapie de famille, ce qui s'est passé doit être confronté entre les thérapeutes, pendant autant de temps que la séance elle-même.

Le «*malade*» et sa famille, pour une fois, se trouvent dans une situation où ils ne peuvent passer à l'acte, ne pas tirer de bénéfices secondaires de la situation psychotique d'être aux autres, sans faire éclater son désir de manière exorbitante dans l'imaginaire.

Dans cette situation, une stricte neutralité de l'équipe thérapeutique est impensable. Chaque membre répond aussi avec sa parole, fonction du transfert latéral.

Latéral à quoi ? Latéral à la parole du sujet psychotique.

En fin de thérapie, s'établit des échanges qui s'adressent non seulement au psychothérapeute, mais à tous les sujets, soignants et soignés.

Au début, le sujet *«réputé malade»* s'adresse plutôt à son thérapeute, puis il finit par parler à son père, à sa mère et aux autres. Sa parole recouvre enfin son désir qui avait été auparavant abrasé par sa famille qui désirait à sa place.

Le sujet psychotique perd l'habitude acquise de faire référence au désir du père et de la mère, situation qui était son anéantissement en tant que sujet.

Penchons-nous sur la place d'où parle les soignants.

Dans une équipe psychiatrique, celle-ci voit sa place situé dans la collectivité de par l'administration. Chacun à un statut qu'il ne doit pas perdre de vue. Ceci introduit la différence entre les soignants évitant un magma fusionnel.

Notamment, il est important que les soignants se présentent avec leur nom et leur fonction au début de la thérapie.

Les membres de la famille se présentent avec leur fonction de père, de mère, d'enfant, il semble qu'en retour la place de chaque thérapeute doit être désignée, le psychothérapeute étant souvent en position de *«leader»*.

Ceci ne veut pas dire qu'automatiquement ce leader prendra place comme père dans le transfert, les autres thérapeutes assumant une place de mère ou de frère.

Il semble que ceci se produit, mais pas toujours à la même place, chacun des thérapeutes pouvant assurer différentes places de manière mouvante dans le transfert et leur contre-transfert.

L'école anglo-saxonne a fort bien repéré les paradoxes intrafamiliaux si ceux-ci ne restent que familiaux, ils entérinent une situation de fait de manière répétitive et il ne sert à rien de montrer ses paradoxes à une famille.

En fait, il semble que ces paradoxes se répercutent chez le soignant ceci introduit une relation à l'Autre, les soignants qui introduisent la dimension symbolique.

Deux thérapeutes ne sont pas d'accord, et c'est comme ça que cela se passe. Ils doivent en parler entre eux et même devant la famille (comme KAUFFMANN en Suisse).

La famille a, devant elle, son rapport à l'Autre qui introduit la différence. Ce qui entraîne la différence du désir du psychotique vis-à-vis du désir de sa famille.

Il existe une certaine difficulté d'être partie prenante dans une relation psychothérapique individuelle et faire partie du groupe participant à la thérapie de famille.

Ce qui se passe entre le psychotique et son psychothérapeute ne doit pas être «*déballé*» en totalité sur la scène familiale.

Le sujet psychotique existera quand il pourra dire quelque chose qui lui est propre. Ce dire le fait exister. Il n'a plus besoin pour exister de délirer ou de manifester des symptômes au sein de la famille.

De plus, en psychothérapie, le psychotique fait parler son corps, échappant ainsi au discours parlé familial. Le thérapeute reçoit cela et devient le support d'une communication qu'il peut déchiffrer, car adressée à lui.

Le paradoxe s'introduit entre ce qui se dit dans la relation psychothérapique individuelle et le groupe des réunions de famille.

C'est là un des moyens dans cette relation psychothérapique de faciliter l'accès au «*nom du père*».

La dimension symbolique se place dans «*l'Autre*» qui à ce moment sera le soignant. Ces soignants entre eux doivent se concerter en mettant au clair, avec leur désir, leur place. Il est fréquent de constater qu'une thérapie qui piétine, avance d'un coup quand un point de désaccord ou de «*non dit*» entre les thérapeutes finit par se résoudre.

Au cours de la thérapie, les soignants doivent arriver à faire dire ce qui n'est pas parlé, mais ce dont il est toujours question dans la famille.

Par-delà le «*marital shew*» et le «*marital shism*» de LIDZ, par-delà le roman stéréotypé de la parole des parents, il importe, de manière souvent active, de faire préciser aux parents devant le désigné malade, les avatars de leur rencontre et de leurs insuffisances qui sont souvent refoulées de manière inconsciente.

Ceci comporte le risque concomitant bien connu, que souvent l'amélioration du signifié malade produit chez les géniteurs, des remises en questions parfois angoissantes.

Ceci nécessite un certain doigté de faire parler sans trop «*effondrer*» la structure du couple parental.

Tout ce qui vient d'être rapporter est à rapporter de ce que dit LACAN à propos du traitement possible de la psychose qu'il laisse ouvert à la recherche.

«Nous laisserons là, pour le moment, ce préliminaire à tout traitement possible des psychoses qui introduit, on le voit, la conception à se former dans la manœuvre de ce traitement, du transfert».

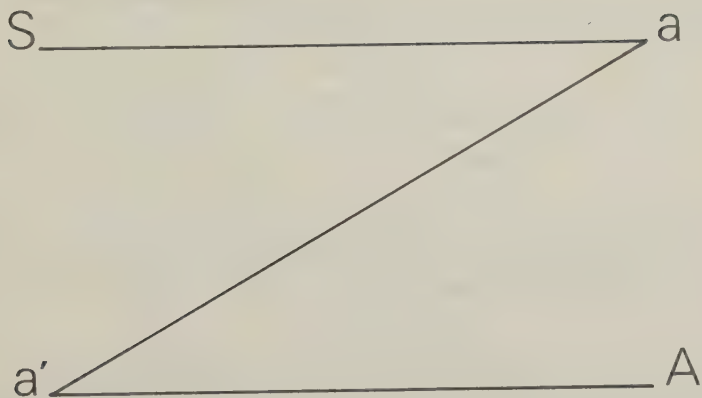
Ce dont il a été question, c'est bien cela.

Ce transfert peut être un appel au symbolique. Au thérapeute de l'entendre comme tel !

Notamment, il apparaît que doit être parlé devant la famille, le système économique du groupe des soignants, sous peine de voir revenir de façon bloquante (dite résistance du côté des soignants !), cette question dont la famille perçoit que c'est le non dit chez les soignants.

Si l'on se reporte à l'aridité significative de l'algébrique Lacanienne.

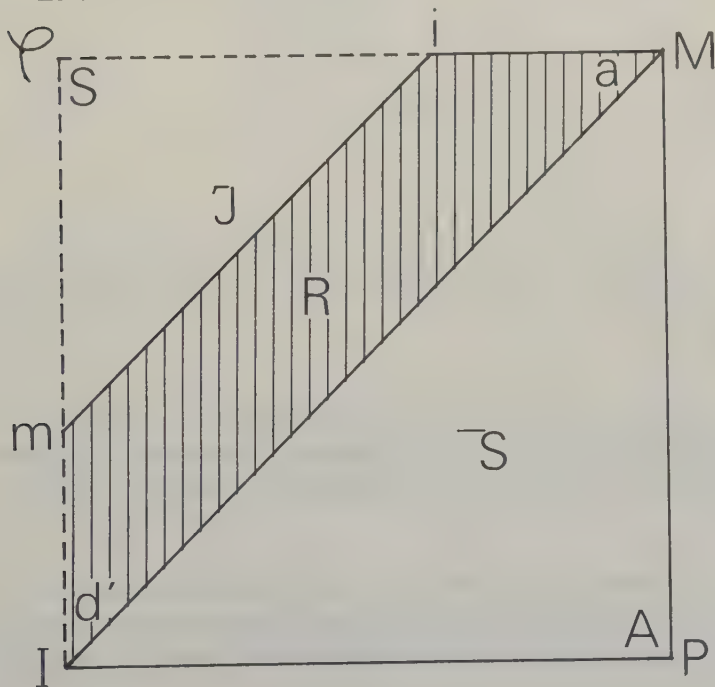
Dans le schéma $\mathcal{L}$



l'on voit qu'en A se place le lieu de la thérapie de famille.

Chaque membre de la famille prend la place S . A , le lieu de l'Autre, étant les soignants dans le transfert à travers a et a' .

Le schéma suivant R

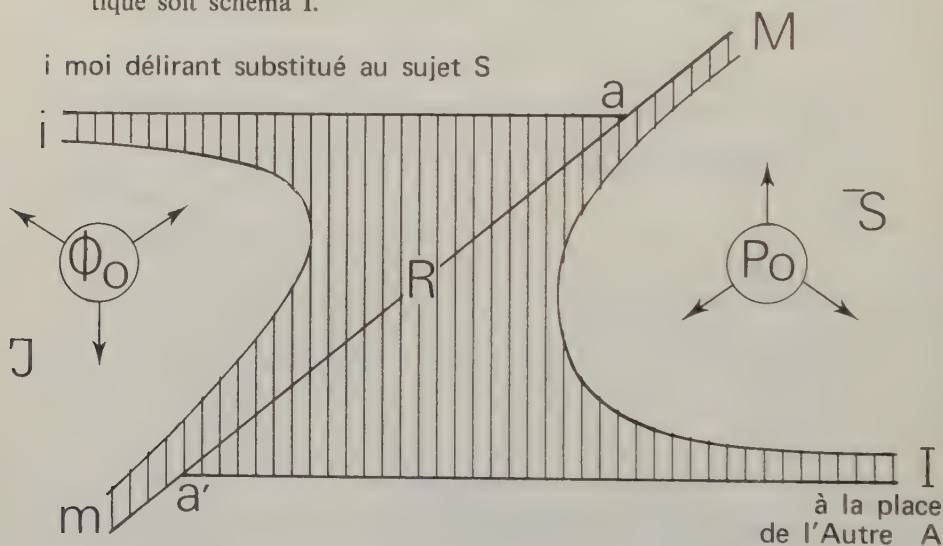


résume l'évolution du sujet normal (nous pouvons nous reporter à ces schémas déjà décrits auparavant page 24).

En A aboutissement terminal, lieu de l'Autre, nous retrouvons le nom du père support de «la Loi et du symbolique».

Le symbolique, d'après Maud MANNONI, se trouve être ce qui organise les relations interhumaines.

Le schéma suivant qui serait représentatif de la structure psychotique soit schéma I.



D'après LACAN, page 572 des Ecrits, «toute l'épaisseur de la créature réelle s'interpose par contre pour le sujet entre la jouissance narcissique de la parole où l'Idéal du moi a pris la place de l'Autre !».

«Le sujet psychotique est en relation imaginaire avec l'Autre, A venant en I (idéal du moi). Ceci par le défaut de coïncidence entre A et P (nom du père) métaphore paternelle». Page 575 des Ecrits.

«C'est dans un accident de ce registre et ce qui s'y accomplit, à savoir la forclusion du nom du père, et dans l'échec de la métaphore paternelle que nous désignons le défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle avec la structure qui la sépare de la névrose».

L'ambition de la thérapie de famille est d'amener le discours du sujet psychotique à sa dimension symbolique en faisant coïncider le P avec le A.

Pour cela semble s'imposer une psychothérapie qui fait exister le sujet dans un discours au thérapeute, en introduisant aussi la différence par rapport au groupe familial.

La «Loi» de l'Ecole Lacanienne est le support de la DIFFERENCE. Support de la dialectique du sujet par rapport à la sexualité, de la mort, et sa différence vis-à-vis des autres.

Ceci est à ne pas rapprocher de la loi, différente de la «Loi», grand L.

Ceci, mal compris, expose au grand danger d'identifier cette «loi» de la sexualité, de la mort, de la différence avec la loi d'un système politique idéologique.

Cette loi de la différence pourra vouer le sujet à l'échec si, re-trempé dans le discours familial, le sujet reprend sa place de sujet qui n'existe pas, ou qui ne peut exister que sur le mode délirant de la dé-compensation psychotique.

Est important pour le sujet désigné psychotique par l'Autre, et enfermé dans un discours administratif en psychiatrie, de voir

se remanier devant lui la structure familiale, en faisant surgir le non dit de la famille. Mais où se place, dans ce procès, la dimension symbolique ?

«*Où*» se trouve le symbolique ? Il semble qu'il en soit question dans les séances elles-mêmes de thérapie, mais celui-ci se trouve en dehors de ces séances elles-mêmes.

Il prend place dans la réflexion, entre eux, des soignants sur ce qui se passe sur leurs désaccords, leurs scissions.

Celles-ci doivent être perçues par la famille, de même de la structure administrative et économique qui sous-tend tous ces soignants entre eux.

A qui appliquer cette méthode thérapeutique ?

- 1 – Il est nécessaire d'avoir, par définition, une famille, géniteurs et enfant, ou à la rigueur, pour un psychotique adulte, un conjoint coopérant.

Il semble possible d'envisager que l'âge du sujet psychotique importe peu du moment qu'il y ait une famille. Cela peut s'appliquer du petit enfant à l'adulte jeune.

- 2 – Cette coopération familiale ne peut exister que sur des sujets non aliénés par un passé psychiatrique trop lourd, générateur de mécanismes de défense trop puissants et souvent impossibles à surmonter.

- 3 – Une nécessité d'ordre pratique, soit la possibilité pour chaque famille de venir régulièrement sur le lieu de la thérapie, ou inversement la possibilité pour les thérapeutes de venir au domicile de la famille, éventuellement avec les réserves que cela peut comporter.
- 4 – La possibilité pour cette famille de pouvoir changer et de se remettre en question entre parents eux-mêmes, et des parents vis-à-vis du désigné psychotique.

Ici apparaît une difficulté qui se trouve être aux confins de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie ; c'est-à-dire le cas de famille où l'on retrouve des cas d'aliénation surtout sociale, où malgré toute sa bonne volonté et son désir, le thérapeute peut n'avoir aucune prise.

Dans ce qui suit se trouve, très résumé, le déroulement de quelques expériences de la thérapie de famille du psychotique et une application possible à la thérapie de l'enfant.

OBSERVATIONS DE CAS DE THERAPIE DE FAMILLE

Les deux cas présentes d'abord sont deux cas où la psychothérapie de famille fut très courte venant après une psychothérapie individuelle.

La psychothérapie de famille ne fut pas imposée, selon le désir des soignants, mais vint à la fin d'un processus long pour confirmer et consolider celui-ci.

Première observation : *Mademoiselle C.*

Début mars

Première séance :

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui vient d'elle-même demander à être suivie en psychothérapie.

Elle est étudiante en Philosophie, première année.

Cette démarche est effectuée à la suite d'un travail universitaire où Melle C. exprime sa structure morcellée au niveau du corps. Son langage écrit a perdu toute synchronie, renvoyé à une diachronie donnant un aspect paranoïde à son discours.

Le corps de l'homme est ramené à celui d'un cochon. Elle est très angoissée. C'est son professeur qui lui a suggéré de venir demander à être prise en psychothérapie.

Dès le premier entretien, elle est vue avec une infirmière qui sera, préalablement, presque toujours présente au cours de la thérapie.

Elle a l'impression que l'on lit sa pensée. A ce moment, tout se passe au niveau de la présence des corps. Elle ne peut distinguer que le corps de l'interlocuteur, pas ce qu'il dit. Elle se lève et part au bout d'une demi-heure.

Sa famille comprend un père ayant eu une situation médiocre toute sa vie. En fait, le personnage central semble être la mère.

Par ailleurs, il y a un frère. Dans la famille, elle ne peut parler qu'avec sa mère. Elle ne supporte ni son père ni son frère.

Deuxième séance : quinze jours après.

Elle a lu «*La Forteresse Vide*» de Betelheim. Elle dit «*c'est moi, je me reconnais*». Manifestant par là qu'elle se dit schizophrène.

Elle parle de sa triple personnalité et de son corps éclaté.

- La première, qu'elle signale avec le «*je*», joue la comédie de la vie ;
- la deuxième ne la joue pas (à rapprocher à la mère) ;
- la troisième ne la connaît pas (à rapporter au père).

Indistinction de la différence, la société et ses parents sont englobés dans le «*on*». Elle termine en disant «*quand j'en aurai assez, je deviendrai tout de bois*», verbalisation possible de la catatonie.

Nous lui demandons de venir quinze jours ensuite. Elle ne répond pas, étant à ce moment-là, très angoissée.

De fait, ne peut venir que trois semaines après, manifestant par là, son absence de repère dans le temps et l'espace.

Troisième séance : début avril

Elle commence à pouvoir parler de nouveau autrement qu'avec son corps et son angoisse viscérale. Elle est angoissée, dit-elle, pour venir ; ceci correspond à son angoisse d'être reconnue et vue par les autres, c'est-à-dire le thérapeute qui la regarde.

A partir de ce moment, alors qu'auparavant elle ne pouvait assurer de venir régulièrement sans déclencher une angoisse insupporta-

ble, elle peut venir régulièrement une fois par semaine. Elle ne reçoit toujours aucun médicament. De mai à juillet elle viendra très régulièrement.

Elle est restructurée dans son corps, cherche à séduire, elle est devenue plus coquette. Au cours de ces séances, nous lui offrons la possibilité de séance de thérapie de famille, ce qu'elle refuse.

A la fin de l'année universitaire, elle passe des examens avec mention «*très bien*» et décide de faire, pendant deux mois de vacances, un remplacement d'infirmière psychiatrique à l'Eau Vive dans un service d'hospitalisation du XIII^e pour gagner de l'argent.

On peut y voir une identification possible aux thérapeutes, notamment à l'infirmière.

Nous ne la voyons plus en août-septembre et fin octobre nous recevons une lettre :

Mademoiselle C
Adresse

Corbeil-Essonnes, le 26.9....

Monsieur,

Après mon voyage en Grande-Bretagne, voyage qui s'est très bien passé, je continue de travailler à «L'Eau Vive» comme infirmière remplaçante jusqu'au 21 octobre, c'est-à-dire la reprise des cours. Pendant cette période de travail, je loge dans l'hôpital. Peut-être le fait d'être à l'extérieur de chez mes parents et de voir vivre d'autres personnes, me fait

non seulement prendre conscience du comportement de mes parents mais aussi me permet d'émettre à ce sujet une pensée critique, dépourvue de crainte.

Je voudrais que mes parents prennent conscience que certains de leurs actes, certaines de leurs pensées, ne correspondent pas tout à fait aux actes et pensées d'autres personnes en présence de la même réalité. En tant qu'élément faisant partie du cercle intérieur de ceux-ci, je ne possède ni le pouvoir, ni l'autorité requise pour les amener à certaines réflexions sur eux-mêmes.

Je me rappelle une de vos remarques au cours de thérapie : «Faut-il les convoquer». A l'époque j'avais répondu non, et maintenant je dis oui dans la mesure où c'est moi qui donne la réponse, c'est-à-dire où je ne crains plus un changement sensible dans leur comportement, où je ne suis plus eux.

Autre question : mon frère a été jugé «névrotique spasmodique» par un toubib. Dans quel sens peut-il y avoir névrose, ou peut-on dire névrose puisque le névrosé est normal.

Veillez agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

Cette lettre est remarquable dans la mesure où l'on voit que le psychotique fait partie du système familial et que son existence mettrait en danger ce système familial. L'introduction, ici du sujet qui se reconnaît comme différent nécessite pour lui que cette différence soit reconnue par sa famille devant l'Autre c'est-à-dire les thérapeutes, d'où la nécessité de la thérapie de famille.

Elle vient quelques jours après, pour demander à entrer en psychanalyse pour se consolider, avec toute la fétichisation et le mythe que cela représentait pour elle.

Le plus important à ce moment semblait être qu'elle pouvait avoir des relations à l'Autre non plus sur un mode inimaginaire à deux, mais pouvait envisager de parler dans ses fantasmes du père et de la mère.

Sa demande, ce jour là, fut en fait que les soignants demandent au père et à la mère de venir avec elle.

Nous lui remettons une lettre adressée à ses parents.

Il y eut trois semaines de thérapie de famille.

La première semaine après, les deux autres échelonnées tous les quinze jours.

Dans la première séance :

Il apparut que les parents venaient à la demande, étonnante pour eux, de leur fille. Ils n'étaient pas habitués à une demande de sa part.

Le père apparaît comme un homme ayant eu toute sa vie à lutter contre l'anéantissement social du fait d'une situation sociale précaire. Travailleur régulier, il présente à tous l'image d'un homme luttant, mais sans cesse aux aguets pour faire vivre sa famille, peu à l'aise avec sa situation traditionnelle de coïncidence de pouvoir économique et de représentant de l'image phallique.

La mère est plus à l'aise dans sa situation de critique de la situation, étant celle qui manipule le destin de chacun, au niveau de leurs besoins essentiels : la nourriture, le budget et ce qu'elle suppose du désir de chacun.

La deuxième séance :

Entre temps, la grand-mère fait à un âge avancé, une tentative de suicide sur une symptomatologie délirante.

Celle-ci est suivie, à ce moment, par un médecin à qui nous demandons de participer à cette séance de thérapie.

Ce médecin psychiatre est situé à la famille, comme celui qui s'occupe de la grand-mère.

Ici est réunie la famille sur trois générations.

Au cours de cette séance survient un souvenir des parents, oublié par Mademoiselle C. qui devait alors être âgée de 2 ans : Mademoiselle C. est passée à travers les grilles du balcon, sans que personne s'en soit avisé. Elle fut retrouvée tombée, par les parents, avec leur culpabilité au sujet de la mort supposée de leur fille. Ceci englobé par le père dans son insécurité au sujet de sa propre vie.

La troisième séance : fin décembre

Dans cette séance, éclate la différence de Melle C. vis-à-vis de ses parents.

Elle parle un langage autre. Ses parents la font exister au niveau de son discours : «*Elle emploie des mots que nous ne comprenons pas*». Faisant référence, à ce moment, à son savoir universitaire qui, pour elle, se trouve être le moyen de se dégager du système communicationnel familial.

Ce fut la dernière séance.

Nous reçûmes, par la suite, une lettre où Mademoiselle C. nous signalait que pour elle tout allait suivant son désir, mais regrettant une phase dépressive que traversait son père.

Il semble effectivement que dans un système clos comme la famille psychotique, si le désigné malade sort de cette situation, un autre membre de la famille en prend temporairement le relais !

Dans cette observation, il semble que le résultat a pu être acquis, dans la mesure où à tout moment ce qui a compté, c'est le désir du sujet psychotique au niveau de l'écoute.

Ce désir a pu passer, sans être annulé comme il l'est d'habitude par la famille ou les soignants psychiatriques.

Deuxième observation : Mademoiselle T..., 18 ans

Juillet 1972 :

Un père de famille vient pour dire : *« j'ai une fille de 18 ans qui lâche ses études, se drogue, a de mauvaises fréquentations, placez-la quelque part pour que cela cesse »*.

Nous voyons la fille, à la suite, qui se présente dans un état manifestement pré-psychotique.

Elle a 17 ans, alors que ses études au lycée marchaient correctement à ce moment, elle abandonne et sèche les cours, à l'inquiétude des parents, celle-ci devant passer le baccalauréat un an après.

Elle sort avec des amis, mais sans les investir réellement, participe à des parties où l'on se drogue, mais étant angoissée à ce moment. Elle a des relations sexuelles avec un petit ami, mais celles-ci sont inactives et comme si ce n'était pas elle qui soit là.

Elle se fiche manifestement de ce que son père l'emmène voir un psychiatre c'est son père qui désire à sa place, la placer pour la soigner.

Nous proposons, au père, une psychothérapie à raison d'un entretien par semaine, en lui affirmant que de la placer à l'hôpital psychiatrique n'avancerait pas à grand-chose.

La fille est angoissée de manière diffuse et viscérale. Nous lui prescrivons quelques tranquilisants mineurs.

Elle revient la semaine d'après. Ses parents lui donnent ses médicaments car dit-elle, ils ont peur qu'elle en prenne plus que ce qui a été prescrit du fait de ses appétits toxicomaniaques.

Elle ne désire rien, tout le monde autour d'elle désirant à sa place.

Elle passe par une phase d'amélioration apparente, cesse de se droguer, présente son petit ami à la famille, et prend un travail de bureau temporaire pendant les vacances, ceci pour faire comme tout le monde et correspondre au désir de ses parents et ce qu'elle imagine faire plaisir au niveau imaginaire au thérapeute.

Au cours des entretiens, elle ne parle guère, la seule chose présente étant son corps, mais pas certainement elle-même en tant que *«je parle»*.

Fin septembre :

Elle a laissé tombé toute vie active, a quitté son petit ami, mais parle de la mésentente entre ses parents.

La semaine d'après, elle a une présentation très psychotique.

Elle reste chez elle, à ne rien faire, se repliant dans une attitude autistique.

Nous lui proposons de voir ses parents, et de leur en parler, mais c'est la dernière fois où nous la voyons cette année-là.

C'est un échec psychothérapique dans la mesure où, en fait, elle ne désirait pas venir et où ses parents attendaient, en fait, qu'elle soit placée pour qu'on la force à rentrer dans le «*droit chemin*».

Ce qu'elle désire, c'est quitter sa famille mais elle en est incapable. Son désir de quitter sa famille pouvant être entendu comme une demande de devenir un sujet qui existe par lui-même : ce qu'elle ne peut être.

Un an après :

Nous avons la visite de plusieurs de ses amis, dont une personne qui a été suivie, elle aussi, en psychothérapie et qui viennent nous demander de l'aide à son sujet.

En un an, la situation s'est dégradée. Elle a quitté ses parents pour travailler comme vendeuse et habiter chez une amie ; en fait, elle s'est retrouvée complètement perdue et anorexique.

Ses parents, à ce moment, interviennent et la font placer dans une clinique psychiatrique où est prescrit un traitement basé sur des comas insuliniques au nombre de 30.

Ses amis sont imprégnés du courant anti-psychiatrique et nous demandent d'aller la retirer de la clinique où elle est placée.

Ils s'arrangent pour aller voir les parents et leur suggérer qu'ils ont placé leur fille de manière inefficace et honteuse !

Ceux-ci finissent par céder et nous téléphonent à leur tour pour savoir ce qui est mieux pour leur fille.

Nous décidons avec leur accord de rendre visite à leur fille, dans la clinique où elle est placée.

Le jour où la visite doit être effectuée, Mademoiselle T. fugue de la clinique et revient chez une des amies qui voulait la faire sortir et de là, rentre chez ses parents.

Il semble que c'est la première fois où elle décide et agit pour quelque chose qui vient d'elle-même.

Juin 1973 :

Les deux parents et Mademoiselle T. viennent, nous leur proposons une thérapie familiale, conjointement à la reprise de la psychothérapie.

Au cours de cette première séance de thérapie de famille, les données se précisent.

Le père, ancien gendarme motocycliste, s'est reconverti dans un emploi relativement modeste de bureau.

Il semble relativement coopérant et désireux de cette thérapie. Déjà, perçoit une certaine affectivité entre le père et la fille, contre la mère.

On apprend que dans l'enfance de Mademoiselle T., son père aimait beaucoup jouer avec elle et s'en occupait plus à travers le jeu que sa mère.

La mère est très rigide. Comptable, elle gagne confortablement sa vie par rapport à son mari et supporte mal apparemment, l'indépendance de sa fille vis-à-vis d'elle, et en fait, de son mari vis-à-vis d'elle, la mère !

Il existe un frère cadet qui a été, semble-t-il à la naissance, l'occasion de quelques manifestations régressives temporaires pour Mademoiselle T. Il ne participera pas aux séances de thérapie.

Cette famille est complètement rétrécie sur le triangle familial. Aucun collatéraux extérieurs, familiaux ou autres, n'interviennent dans la vie familiale. Pour la mère, ce qui est autre est angoissant et la famille doit coller avec son idéal de la famille traditionnelle.

La séance suivante de thérapie individuelle avec Melle T. est l'occasion pour celle-ci de parler de souvenirs infantiles en rapport avec son père, et aussi, de dire qu'elle a décidé de passer le concours d'infirmière pour sortir de chez elle et travailler.

Fin juin :

Nouvelle séance de thérapie de famille. Celle-ci se pratique avec les trois membres de la famille et du côté des thérapeutes avec le psychothérapeute et une psychologue.

Les parents se sentent assiégés, le père demandant *« qui l'on soigne ici, nous avons l'impression que c'est nous »*.

La fille est passive et n'arrive pas à parler devant ses parents, sauf pour dire qu'elle veut être infirmière malgré la réticence de ses parents.

Début juillet : psychothérapie individuelle avec Mademoiselle T.

Celle-ci avoue, comme quelque chose de honteux que sa mère régente toute la famille, tient le budget et ne donne que 10 F d'argent de poche à son père par semaine ! Elle nous demande de ne pas en parler dans la séance de thérapie de famille suivante.

A ce moment, elle existe et repère qu'elle peut parler en son nom propre dans le cadre des entretiens duels.

Entre temps, elle a passé le concours d'élève infirmière et a été ajournée à l'oral, s'étant disputée avec l'examineur sur les conceptions de la médecine !

Ceci correspondant avec son désir de régler son compte avec une certaine conception «*mauvaise*» du pouvoir médical.

Entre temps, existe un conflit entre le psychothérapeute et la psychologue.

Celle-ci trouvant que celui-ci prend trop le parti de la fille contre la mère, la psychologue étant apparemment l'interlocutrice privilégiée du père. Ceci étant le support de la différence entre les deux soignants, n'étant pas du même avis sur la conduite de la thérapie. Cette différence étant ressentie par la famille, mais ne remettant pas en question les rapports entre les soignants.

Fin juillet : séance de thérapie de famille

Le psychothérapeute demande à Mademoiselle T., si la cuisine

de sa mère est bonne.

Silence long. . .

Le père répond, manifestement gêné *«c'est toujours moi qui ait fait la cuisine depuis que je suis marié»*.

Eclate, pour tout le monde, que ce qui est dit pour les autres, c'est une famille traditionnelle.

Alors qu'en fait, tout est inversé sur les rôles traditionnels des rapports dans la famille entre père et mère.

La mère assure la fonction économique essentielle et la direction de la famille. Le père étant le support des tâches ménagères en contradiction avec son apparence d'homme solide en rapport avec l'image d'un chef de famille traditionnel.

Début août :

Mademoiselle T. a été reçue à son examen d'élève infirmière ; ses parents acceptent qu'elle parte de sa famille pour que leur fille puisse exister selon son désir social.

Il est fort possible qu'un mécanisme d'identification aux soignants ait joué dans sa motivation professionnelle.

A travers cette observation, on peut essayer de retrouver quelques rapports avec la théorie développée auparavant.

Avec SEARLES

On voit que cette famille avait besoin d'un fou pour continuer à exister dans son mode de fonctionnement.

Manifestement le besoin des parents, c'est de faire reconnaître leur fille comme folle et on leur refuse de la faire interner dans une clinique pour cela.

Avec LIDZ

Au niveau du couple des parents, il n'y a pas de complémentarité. Il n'y a pas de référence précise identificatoire avec la mère.

Selon WYNNE

L'on voit que cette famille fonctionne selon le principe de pseudo-mutualité. Les différences ne sont pas parlées, les rôles jamais remis en question. Pour l'extérieur, il existe un accord tacite de non conflit. Cet accord, en fait, recouvre des conflits entre le père et la mère que ceux-ci n'ont jamais abordés.

Les accès aigus de Mademoiselle T. correspondent à une crise d'identité qui la font, elle, exister ; ce qui n'est pas tolérable pour le reste de la famille.

Selon la théorie développée auparavant, tirée de LACAN, cette existence en fait ne s'adresse à rien qui soit de l'ordre du symbolique.

Dans ce qui est dit et parlé Melle T. c'est une «*Loi*» qui, si elle est traditionnelle, est continuellement transgressée sans que cela soit formulé.

Le père et la mère tiennent le même discours : le père doit à toute force être celui qui décide, qui prend toutes les décisions. Alors que dans le réel, celui-ci s'efface devant la mère, qui jusqu'à la fonction économique fait comme si, et tend à ce que le père soit absent et annulé.

Au cours de la thérapie est apparu, en fait peu à peu, une certaine relation entre le père et Melle T. qui était, en quelque sorte, complice de quelque chose qui échappait au pouvoir maternel.

Il est certain que tout n'était pas résolu et semble possible que Melle T. demande, pour plus tard, à continuer une psychothérapie.

APPLICATION POSSIBLE A LA THERAPIE DES ENFANTS

Il nous semble possible d'appliquer le schéma thérapeutique précédent comme appoint aux thérapies d'enfants.

Selon ce schéma, il convient d'adjoindre à la thérapie de l'enfant proprement dite des réunions de famille.

C'est-à-dire où seraient présents, non seulement la mère, l'enfant, le thérapeute, mais aussi le père avec si possible un autre thérapeute.

Nous avons encore peu d'expériences de ce type. Il est certain que ce n'est pas en introduisant le père réel, que l'on fait advenir, le symbolique.

Ceci est vrai aussi pour la thérapie familiale pour des adolescents ou de jeunes adultes psychotiques.

De la même manière, en cas d'adolescent psychotique, il arrive que lorsqu'il n'y a pas de père ni de mère encore présents, on tienne lieu à ce moment des personnes qui sont responsables de l'adolescent et la thérapie peut être faite avec eux.

Ce qui semble plus sensible pour la thérapie de famille avec les enfants qu'avec les adultes, c'est que les soignants deviennent une zone intermédiaire «*neutre*» qui facilite les échanges.

Cette zone intermédiaire neutre n'est certainement pas exempte de conflits, mais ceux-ci ne remettent pas en question les soignants dans leur rôle qui est celui d'être «*réputé soignant*».

Le rôle de cette zone neutre, différente de la famille, et qu'il n'est possible de remettre en question pour la famille, c'est de faciliter le discours entre les membres de cette famille à travers cette zone neutre qui permet à l'intolérable d'être parlé.

Existe en France, culturellement, une certaine résistance à réunir les familles et surtout avoir le père dans une famille.

Il se trouve toujours une foule de raisons pour être absent physiquement comme il l'est souvent dans le discours de la mère.

De plus, il est certain que si dans la famille anglo-saxonne, il semble relativement facile de réunir la famille, en France, cela reste souvent que les enfants «*c'est l'affaire des femmes*».

Nous nous orientons actuellement dans une recherche qui consiste, comme cela est connu dans la thérapie d'enfant, à non seulement s'occuper de lui, mais aussi en plus d'une psychothérapie avec celui-ci, à réunir en sa présence régulièrement son père et sa mère avec lui.

Il semble que d'ailleurs, empiriquement, cela se pratique souvent de manière non formelle.

Paradoxalement, la pratique de la thérapie de l'enfant rejoint celle-là, à laquelle nous sommes arrivés avec des sujets plus âgés réputés psychotiques.

CONCLUSIONS

A travers ce qui précède, l'on voit que la thérapie de famille semble un abord naturel de la thérapie de la psychose.

Nous savons bien, maintenant, que pour traiter de jeunes sujets psychotiques, il importe aussi de s'occuper de son environnement et donc, de sa famille en premier lieu.

Les écoles de thérapie de famille américaines considèrent la famille comme un système autonome dont le sujet psychotique est un des membres. Le thérapeute est extérieur, du moins au niveau de la théorie, et essaie de modifier le système de l'extérieur, alors qu'en fait, il court rapidement le risque d'être englobé et annulé par ce système s'il n'y prend garde.

LAING et COOPER tiennent compte de la place du thérapeute et des interactions que cela occasionne avec le système familial.

Ce que nous avons essayé de faire, c'est de restituer la signification de ce système formé par cette famille où se trouve le sujet psychotique, et les thérapeutes vis-à-vis de l'environnement général, ceci à travers les théories lacaniennes sur la psychose.

Il est évident que cela doit être tempéré. Il existe sûrement plus de différences entre les théories qu'au niveau de la pratique, des différentes écoles de thérapie de famille.

La pratique de la psychothérapie individuelle avec le sujet psychotique, couplée avec la thérapie de famille proprement dite, a pour but d'introduire une différence entre ce sujet et les autres, différence qui n'existerait pas chez le sujet psychotique par rapport à sa famille et qui de toute façon est niée systématiquement par les familles rencontrées, même sous la bienveillance la plus affectueuse.

Le désir du sujet psychotique est abrasé par sa famille qui désire à sa place. Ce désir ne peut alors surgir que d'une manière folle pour la famille et pour le réel en dehors de cette famille.

En effet, ce système familial fonctionne de manière autonome, défensive vis-à-vis du réel, et le sujet psychotique élevé dans cette illusion est complètement inadapté et ne peut rencontrer un quelconque interlocuteur qui parle un discours autre que le discours familial.

Ces bases théoriques, développées auparavant, sont appuyées par la pratique empirique à laquelle en est arrivée la psychothérapie des enfants.

Actuellement, on ne voit pas un enfant, sans parler avec, ni s'occuper des parents, du moins de la mère sinon du père.

On peut aller plus loin et dire que cela doit être systématique.

S'occuper d'un enfant, c'est s'occuper aussi de sa famille et obtenir d'avoir, non seulement la mère, mais aussi le père pour qu'il

vienne parler de son enfant.

Ce qui rapproche la thérapie de famille d'adolescent ou de jeunes adultes psychotiques et la thérapie de l'enfant, c'est que, dans les deux cas, la demande de thérapie ne vient pas du sujet, mais des autres membres de la famille : toujours pour les enfants et dans la plupart des cas pour les adultes.

Ce qui semble étonnant, c'est que l'on sait bien que faire de la psychiatrie, c'est traiter la demande et que dans le cas de la psychose, la psychiatrie a tendance à traiter le sujet psychotique mais à rendre forclosée cette demande.

Il importe de s'occuper de la demande, de qui elle vient, et du sujet dont il est question.

La thérapie de famille semble être, pour le moment, une approche des problèmes plus satisfaisante.

Ce qu'il importe peut-être, c'est de ne pas rendre cette thérapie rigide sans possibilité pour chacun des membres de la famille et surtout du sujet désigné comme malade de pouvoir exprimer ce qu'il désire.

Le résultat final peut être, non seulement, de rendre à la famille son fou supportable, mais plus encore, de changer quelque chose dans ce système familial et de l'ouvrir à l'extérieur dans le réel.

BIBLIOGRAPHIE

Adolph MEYER – *The dynamic interpretation of dementia precox*, 1910.

S. HENRY – *Observation naturaliste des familles d'enfants psychotiques dans : Psychiatrie de l'enfant. Fasc. 1.*

SULLIVAN – *La recherche socio-psychiatrique. Revue de psychothérapie institutionnelle n° 6. Traduc. GENTIS.*

ACKERMANN (New York) – *The psycho-dynamics of family life. New York Basic Books, 1958.*

BELL – *Recent advances in family group therapy. In child psychology and psychiatry, 1962.*

Virginia SATIR – *Thérapie du couple et de la famille, 1964-1965. Traduction française, 1971.*

BOWEN – *Family psychotherapy, 1961.*

HALEY – *Strategy of psychotherapy.*

WATZLAWICK – *Pragmatics of human communication, 1967.*

HOCHMAN – *Pour une psychiatrie communautaire, 1971. Edition Seuil.*

LIDZ – *The intra-familial environment of shizophrenics patients. Mental shew and marital shism, 1957.*

SEARLES – *The non human environment. International University - Press, 1960.*

DOLTO F. – *Le cas Dominique. Edition Seuil, 1971.*

SEARLES – *The effort to drive the person crazy, and element in the ætrology and psychotherapy of shizophrenia.*

BONNAFE, JACQUELIN, MIGNOT, REGIS, SIVADON – *Sur le thème de l'implantation préalable. Dossier Corbeil-Essonnes. Information Psychiatrique. 1973.*

LACAN – *Encyclopédie Française, 1938. Les Ecrits. Edition Seuil Paris.*

WYNNE and Margaret TH. SINGER – *Thought disorder and family relations of shizophrenia.*

WYNNE, RYCHOFF, DAY, HIRSCH – *Pseudo mutuality in the family relations of shizophrenics.*

LAING – *Soi et les autres.* Gallimard.

Maud MANNONI – *Le psychiatre, son fou et la psychanalyse.* Edition Seuil.

